

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 14 novembre, à une heure

PAR

Albert SAINT-CÈNE

NÉ LE 8 DÉCEMBRE 1872, A MACON

DES

ABCÈS LATENTS DE LA PROSTATE

AU COURS DE

L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE

Président : FOURNIER, professeur.

Juges : MM. } TILLAUX.
 } RÉMY
 } GILLES DE LA TOURETTE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1900

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 14 novembre, à une heure

PAR

Albert SAINT-CÈNE

NÉ LE 8 DÉCEMBRE 1872, A MACON

DES

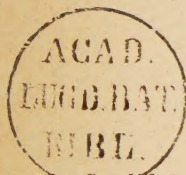
ABCÈS LATENTS DE LA PROSTATE

AU COURS DE

L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE

Président : FOURNIER, professeur.

Juges : MM. } TILLAUX.
RÉMY
GILLES DE LA TOURETTE.



Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ HUTINEL.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologie.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	N.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ BERGER.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

*A la chère mémoire
de mon frère bien-aimé
PAUL SAINT-CÈNE
aux miens et à tous ceux qui
m'ont aidé dans la vie.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550226_0017

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
PROFESSEUR DE CLINIQUE
DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITQUES
MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS.

Hommage respectueux

PRÉFACE

INTRODUCTION

Le point que nous traitons ici n'est qu'une petite partie d'un sujet plus important que, sur les conseils de M. le professeur Albarran, nous nous proposons d'étudier. Des circonstances matérielles indépendantes de notre volonté, nous obligent à abandonner notre première idée.

Nous voulons simplement, dans ce qui suit, attirer l'attention sur un détail généralement trop négligé dans l'histoire des prostatiques. Nous croyons qu'il n'est pas sans intérêt de mettre en lumière certains abcès prostatiques, survenant au cours de la maladie. Cette complication fréquente passe souvent inaperçue et il en peut résulter de pénibles conséquences, qu'un examen plus attentif éviterait.

En terminant nos études, nous adressons aux maîtres auxquels nous devons depuis dix ans bientôt notre instruction médicale, l'expression de notre gratitude.

Nous prions M. Millard, médecin honoraire des hôpitaux, d'agréer l'hommage de notre respectueuse et sincère affection. Vous savez, mon cher maître, combien je vous suis attaché. L'année passée auprès de vous est le meilleur temps de mes études; je m'efforcerai dans la vie de me souvenir de vos admirables qualités cliniques, et d'être comme vous un médecin respectueux de ses malades, et soucieux de leur intérêt.

M. le Dr Albarran, depuis 7 ans déjà, m'a honoré de sa confiance et a bien voulu m'associer un peu à ses travaux. Ma reconnaissance est grande de l'amitié qu'il m'a témoignée.

M. le professeur Guyon nous a accepté pendant un an, comme préparateur dans son beau laboratoire de bactériologie, et nous sommes fier de nous ranger parmi ses élèves.

M. le professeur Fournier nous a donné de précieuses marques d'intérêt. Nous le prions ici de vouloir bien accepter l'expression de toute notre

reconnaissance, tant pour l'accueil qu'il nous a réservé que pour l'honneur qu'il nous fait de vouloir bien accepter la présidence de notre thèse.

Nous avons été l'externe de M. le professeur Chantemesse. Nous le remercions de tout cœur de ses conseils, de son appui et de sa bienveillance. Nous sommes particulièrement heureux d'avoir pu être l'interne provisoire de M. Walther. Le temps passé dans son service nous a été bien profitable et nous remercions vivement notre Maître de son bon et solide enseignement.

Nous avons aussi été provisoire chez M. le Dr Séglas. Nous conservons le meilleur souvenir et le plus profond respect pour le caractère et la belle intelligence de notre éminent et trop modeste Maître.

M. Broca a bien voulu nous prêter son concours dans de douloureuses circonstances. Je le prie bien d'accepter l'expression renouvelée et bien sincère de toute notre reconnaissance.

Nous remercions aussi M. le Dr Galliard et M. le Dr Marfan, de l'intérêt qu'ils nous ont toujours montré. Enfin, nous offrons l'expression sincère de notre gratitude aux maîtres que nous avons eu d'une façon plus ou moins directe pour un certain temps, MM. Bar, Troisier, Potherat, Legueu, Bezançon, Souligoux, Chevalier et

nous adressons un souvenir ému à la mémoire de deux des meilleurs, les D^{rs} Girode et Glantenay.

Dès le début de nos études, M. le D^r Ernest Dupré, agrégé et médecin des hôpitaux, a bien voulu nous reporter un peu de l'amitié que nous avait témoignée son père M. Dupré, professeur de rhétorique au lycée Condorcet. Nous le prions de croire à notre sincère attachement.

Nos remerciements vont aussi aux D^{rs} Noël Hallé, chef de laboratoire du professeur Guyon; Chabrié, sous-directeur de l'Ecole de chimie et Duchemin.

RAPPORTS DE LA PROSTATITE

ET DE

L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE

La gravité de l'hypertrophie prostatique réside presque entièrement dans ses complications septiques.

Dès le début de l'apparition des théories pastoriennes, M. le professeur Guyon s'appliqua à faire ressortir et à étudier le rôle de l'infection dans l'évolution du prostatisme et toute une série de brillants travaux sortis de l'école de Necker ont pleinement mis en lumière les différents termes de l'infection urinaire.

Parmi les complications infectieuses de l'hypertrophie prostatique, il en est une généralement peu étudiée, presque passée sous silence dans les traités classiques, c'est la prostatite.

Sans doute quelques auteurs font mention d'abcès prostatiques rencontrés à l'autopsie, mais il est très rare en clinique que l'on songe à rechercher sur un prostatique le rôle de la prostatite et il arrive parfois, comme nous le verrons plus loin, que des abcès volu-

mineux restent méconnus alors même que le malade est observé par des cliniciens expérimentés.

La plupart des livres spéciaux se contentent de faire allusion à la possibilité de cette complication et nous n'avons trouvé que très peu de renseignements sur ce point.

C'est ainsi que dans le *Traité de Chirurgie* de S. Duplay et Reclus (deuxième édition), M. Forgues se contente d'indiquer parmi les complications de l'hypertrophie : la néphrite, la cystite et les hématuries.

M. Pousson (1) dit simplement : « la prostatite est rare dans le cours de l'hypertrophie prostatique, elle revêt la forme simple ou phlegmoneuse. »

M. Desnos (2) reconnaît la fréquence des prostatites, sans attirer plus spécialement l'attention sur ce point.

Frisch dans son récent et très complet travail sur les maladies de la prostate (3) consacre deux pages à l'étude de la prostatite compliquant l'hypertrophie, et en donne une étude assez complète sans insister cependant suffisamment, à notre avis, sur le caractère latent, insidieux de certains abcès qu'on néglige en clinique, parce qu'on n'y pense pas, et qui sont sus-

(1) *Précis des maladies des voies urinaires*, p. 327.

(2) *Dictionnaire Dechambre*. Art. Prostate

(3) *Die Krankheiten der Prostata*, p. 146.

ceptibles d'entraîner les plus redoutables conséquences.

M. Albarran (1) seul, dans son récent article des « Maladies de la prostate » a mis en relief ce côté intéressant de l'histoire des prostatites compliquant l'hypertrophie et c'est sur ses conseils, en nous appuyant sur les observations qu'il a bien voulu nous confier, que nous nous proposons cette étude.

II

Les rapports de la prostatite et de l'hypertrophie prostatique, la part que prend l'inflammation de l'élément glandulaire aux lésions anatomiques sont encore mal connus.

Au reste, nous ignorons jusqu'à présent la cause réelle du processus pathologique qui se traduit en clinique par la dysurie sénile.

Des examens incomplets ont servi de base à différentes théories qu'une analyse scientifique rigoureuse

(1) *Traité de chirurgie*, Le Dentu et P. Delbet, t. VII.

aidée du contrôle histologique a montré insuffisantes et nous avons assisté, dans ces dernières années, à un véritable travail de revision qui laisse la question de la pathogénie de l'hypertrophie prostatique en suspens.

L'insuffisance des premières constatations anatomiques fit donner à l'artériosclérose le rôle principal dans la pathogénie et l'évolution du processus morbide. Cette théorie, fondée surtout sur des considérations cliniques, ne peut plus aujourd'hui être soutenue dans toute sa rigueur.

Les recherches de Casper, de Motz, Crechanowski, le travail récent de MM. Albarran et Hallé ont montré qu'au point de vue anatomique, l'hypertrophie prostatique, loin d'être une lésion univoque, est au contraire essentiellement complexe.

Longtemps regardée comme un processus d'origine interstitiel, les travaux que nous venons de citer ont mis en lumière la part de l'élément glandulaire et il semble plutôt à l'heure actuelle que le point initial des lésions doive être recherché dans les altérations des glandes prostatiques en voie de transformation adénomateuse.

Que l'inflammation primordiale des glandes puisse aboutir à l'hypertrophie du stroma, à la cirrhose hypertrophique de la glande, cela est en somme

assez conforme aux transformations qui accompagnent les infections primitivement glandulaires. De plus en plus, le rôle de l'infection apparaît nettement dans les processus anatomiques de cet ordre. N'est-ce pas l'infection primitive qui semble le point de départ des lésions du stroma hépatique ? et, suivant les cas, nous voyons ces transformations aboutir tantôt à l'adénome, tantôt à la cirrhose, tantôt à l'épithélioma. On pourrait poursuivre une comparaison semblable du côté de la prostate. Les recherches de MM. Albarran et Hallé semblent montrer le bien fondé de cette hypothèse. Le rôle de l'infection dans le développement de l'hypertrophie prostatique est assurément une question des plus intéressantes. Quoi qu'il en soit, il est certain que même en dehors de toute action pathogénique, la part que prend la prostatite dans les phénomènes cliniques de l'hypertrophie est encore bien négligée.

Sous ses différentes formes la prostatite est d'une fréquence extrême chez le prostatique, que cette prostatite soit antérieure au mal, qu'elle soit en quelque sorte le résidu latent d'une infection ancienne de la glande, ou qu'elle soit secondaire à la maladie, il n'en est pas moins certain qu'un examen clinique attentif en décèle fréquemment l'existence.

Or cette prostatite influe de façon diverse la marche de la maladie.

En premier lieu, elle augmente les troubles mécaniques de la miction. La preuve en est dans l'amélioration que l'on observe parfois dans les symptômes dysuriques au début, par le massage et la désinfection de la glande.

Mais c'est surtout dans la pathogénie des accidents infectieux que cette prostatite peut intervenir.

On sait combien fréquemment on voit apparaître des accidents septiques chez des malades n'ayant jamais été sondés, et même n'ayant jamais eu de blennorrhagie. Or, l'existence d'un foyer infectieux uréthro-prostatique n'explique-t-elle pas suffisamment cette complication ?

Il y aurait lieu de faire sur ce point des recherches car, en somme, les différentes explications proposées ne répondent pas à tous les cas.

Si la prostatite peut jouer un rôle dans le développement de la cystite, pourquoi n'agirait-elle pas de même sur l'ensemble de l'appareil urinaire ?

Nous avons envisagé ici surtout les formes catarrhales ou parenchymateuses simples de la prostatite. Dans ce qui suit, nous aurons surtout en vue les abcès chroniques auxquels aboutissent certaines formes de prostatite.

ÉTIOLOGIE

ÉTIOLOGIE

Il est possible que la prostatite soit la lésion primitive de l'hypertrophie. Cependant rien n'autorise à l'affirmer. Aussi, voulons-nous, dans ce chapitre d'étiologie, déterminer seulement les causes de la prostatite secondaire.

La prostate du prostatique se prête merveilleusement à l'infection. Toutes les conditions qui peuvent réaliser la pénétration des germes, faciliter leur développement, se trouvent ici réunies.

Faut-il rappeler la vascularisation si riche de la prostate adulte, les connexions des plexus périprostatiques avec tous les systèmes veineux voisins? Les veines de l'urètre, du bulbe, des plexus de Santorini, communiquent en avant avec le réseau prostatique, qui reçoit en arrière les hémorroïdales et sur les côtés les plexus vésicaux. Il y a là, suivant l'ex-

pression de Tuffier, (1) un véritable carrefour veineux dont le point central est la prostate. Il est évident en pareil cas que tout obstacle à la circulation pelvienne doit augmenter la congestion prostatique, et l'histoire clinique du prostatique est faite des accidents multiples qu'entraîne la congestion.

A côté de la congestion, la rétention; les glandes prostatiques obstruées, remplies de cellules ou de concrétions étouffées par le processus interstitiel retiennent une partie de leurs sécrétions. La stagnation dans la glande des liquides excrétés crée une condition favorable à l'infection prostatique. Or cette stagnation est facilement réalisée chez le prostatique, tant parce que l'orifice des canaux excréteurs est obstrué que parce que les muscles expulseurs perdent de leur action. Cette stagnation se complique d'hypersécrétion ce qui en augmente la gravité.

Congestion permanente, rétention des sécrétions, telles sont, au premier chef, les causes prédisposantes de l'infection. MM. Guyon et Albarran ont trop nettement mis en relief l'influence de ces facteurs dans l'infection urinaire en général pour que nous puissions nous y arrêter.

Mais on comprend, dans ces conditions, avec quelle

(1) *Thèse*, Paris, 1885, p. 11.

facilité le prostatique se trouve exposé à l'infection de la prostate.

Il nous reste à voir maintenant les causes efficientes de l'infection.

Que la prostatite ait ou non une valeur causale, il n'en est pas moins certain que nombre de prostatiques ont eu autrefois de la prostatite, et la glande peut ainsi rester infectée, d'une façon latente.

C'est là une première cause dans la pathogénie de ces infections secondaires.

Or, la prostatite chronique en dehors de la prostatite accompagnant l'hypertrophie est beaucoup plus fréquente qu'on ne le dit.

Les travaux histologiques de Finger et Fürbringer, les recherches bactériologiques de Bumm, Schlagenhaufen, Hogge et autres, ont bien montré la participation de la prostate aux infections prolongées de l'urètre postérieur, et l'on pourrait presque dire que la prostatite est la règle au cours de toute urétrite chronique, si bien que le terme d'urétro-prostatite désignerait avec plus de justesse l'ensemble des symptômes.

Pour Frisch l'urétrite aiguë s'accompagnerait presque régulièrement de catarrhe aigu des glandes prostatiques. A un degré léger, on a simplement de

la congestion et de l'hyperémie prostatique. Le tissu prostatique est comme imbibé de sérosité. La glande est augmentée de volume.

Mais c'est surtout dans l'urétrite chronique que les lésions de prostatite sont marquées. Elles ont été particulièrement bien étudiées par Finger : catarrhe desquamatif simple ou pyo-desquamatif des conduits excréteurs, lésions endoglandulaires d'abord, puis périglandulaires, tels en sont les différents termes.

Quoi qu'il en soit, les lésions produites ont une tendance manifeste à la chronicité. Elles expliquent la ténacité, la récurrence facile de certains écoulements, et il est tout naturel d'admettre que sous l'influence des congestions répétées auxquelles est soumis le prostatique, elles puissent reprendre une nouvelle activité et donner lieu à des poussées plus ou moins aiguës.

Dans un certain nombre de cas, la prostatite est en quelque sorte d'origine externe, exogène. L'infection est apportée dans l'urètre postérieur par l'intermédiaire des sondes et des instruments et de l'urètre ou de la vessie gagne la prostate.

L'appareil urinaire tout entier du prostatique est en imminence d'infection.

La cystite qui complique si fréquemment l'hypertrophie prostatique peut devenir elle aussi une cause de prostatite.

Peut-être aussi la prostatite, à son tour, joue-t-elle un rôle dans l'infection de la vessie. Nous l'avons déjà dit, il est très rationnel d'admettre que nombre de cas de cystite survenant chez des malades n'ayant jamais été sondés ne reconnaissent pas d'autre cause qu'une prostatite.

A ces différents modes d'infection de la prostate hypertrophiée, il faut joindre l'apport de germes dans la glande par l'intermédiaire de la voie sanguine chez un malade infecté : la prostate congestionnée devient un point d'appel naturel, un *locus minoris resistentie*.

L'infection à travers les parois doit-elle à son tour être incriminée ? M. Reymond, en 1892 (1) a montré ce mode d'infection possible pour la cystite des utérines. Dans un second mémoire (2) sur les malades « atteints de cystite sans avoir jamais été sondés » il émet la même possibilité pour la prostatite des prostatiques. Certaines rechutes ou inflammations périprostatiques pourraient en effet agir de cette façon. La

(1) *Annales génito-Urinaires*, 1892.

(2) *Annales génito-Urinaires*, 1893.

voie lymphatique est l'intermédiaire naturel dans ces sortes d'infections.

Ces différentes causes créent la prostatite.

Que dans certaines conditions l'infection plus profonde de la glande aboutisse à la formation d'abcès, cela se conçoit aisément.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ANATOMIE

PATHOLOGIQUE

La prostatite qui accompagne l'hypertrophie est constituée, dans un certain nombre de cas, par un catarrhe purement desquamatif ou pyo-desquamatif des conduits excréteurs et des acini.

Cette forme est caractérisée par l'absence de lésions périglandulaires et de transformations purulentes intra-parenchymateuses.

Les glandes atteintes présentent les lésions banales de l'inflammation superficielle. L'épithélium prolifère et subit une desquamation plus ou moins marqué. La lumière des conduits se remplit de cellules embryonnaires, d'hématies et de leucocytes.

A un stade plus avancé, apparaissent quelques phénomènes d'infiltration périglandulaire, et cette

phase sert d'intermédiaire à l'envahissement plus complet du parenchyme que l'on retrouve dans les formes diffuses, suppurées ou non.

Ici le stroma est plus ou moins désorganisé. On le trouve infiltré de leucocytes, de cellules jeunes, les travées rompues laissent communiquer les acini entre eux et on arrive ainsi à la formation de cavités kystiques suppurées, de véritables petits abcès.

La confluence de ces petits abcès amène la formation d'abcès plus ou moins volumineux qui ont détruit plus ou moins complètement le parenchyme.

La glande, dans son ensemble, est augmentée de volume. On y trouve un ou plusieurs abcès. La suppuration peut s'étendre aux vésicules séminales. Parfois enfin, le plexus veineux périprostatique et le tissu cellulaire périvésical et prévésical participent à l'inflammation, d'où la possibilité de complications phlébitiques ou phlegmoneuses.

ÉTUDE CLINIQUE

ÉTUDE CLINIQUE

La prostatite survenant au cours de l'hypertrophie prostatique, peut revêtir différents types.

La prostatite catarrhale est fréquente, mais elle n'est pas diagnostiquée dans la majorité des cas. Les symptômes qui en dépendent, dysurie, trouble des urines, sont attribués à l'hypertrophie ou à la cystite. Il serait pourtant utile de penser à cette complication. L'exploration du canal à l'aide de la bougie à boule, l'épreuve des trois verres complétée par le massage de la prostate, permettent facilement d'en reconnaître l'existence. Or, cela n'est pas sans importance, car on peut ainsi amener une amélioration notable dans l'état du malade et parfois le mettre à l'abri de complications plus graves.

La prostatite catarrhale peut aboutir à des lésions plus profondes : l'inflammation gagne le tissu

interstitiel ; la prostatite est dite alors parenchymateuse.

Celle-ci, presque toujours, se traduit par un écoulement muco-purulent, qui peut faire croire à une uréthrite. Ce liquide, au microscope, est formé de leucocytes en proportion variable, de débris de spermatozoïdes, de cristaux de Boëtcher.

Longtemps silencieuse, la prostatite chronique parenchymateuse peut aboutir à la formation d'abcès plus ou moins volumineux.

Ces abcès sur lesquels, Leroy (d'Etiolles), Thompson et tout récemment Albarran, ont attiré l'attention, ont comme caractéristique de donner lieu à un très petit nombre de symptômes susceptibles de donner l'éveil.

Généralement ils passent inaperçus. Il s'agit de prostatiques chez lesquels on voit survenir sans cause appréciable un peu d'augmentation dans la gêne des mictions ; parfois une rétention complète ; le cathétérisme est devenu plus difficile. Souvent aussi des phénomènes infectieux apparaissent, l'état général laisse à désirer, la langue est sèche, la température subit une légère augmentation, bien que les urines restent claires.

C'est cet ensemble de symptômes qui se trouve réalisé dans les observations que nous a confiées M. Albarran. Nous voyons dans l'une d'elles que le

malade avait été examiné très consciencieusement par des médecins des plus compétents, sans que la cause de l'aggravation du mal put être trouvée. L'état général était grave, les urines restaient claires ; quelques jours auparavant le malade avait eu une rétention brusque d'urine. Rien n'attirait l'attention du côté de la prostate, qu'un peu de pesanteur au périnée.

L'examen de ce malade et le toucher rectal, permirent à M. Albarran d'établir le diagnostic réel, et l'incision ramena un verre de pus félide.

Cette observation à elle seule justifie amplement le sujet de notre thèse.

Voici un malade entre les mains de médecins des plus distingués : faute d'un toucher rectal, la cause réelle du mal fut méconnue.

On ne saurait donc trop penser à la possibilité de cette complication, au cours de l'hypertrophie.

Diagnostic. — Le diagnostic de ces abcès est simple :

Toutes les fois que chez un prostatique on voit survenir, soit de la rétention, soit des phénomènes infectieux et que l'examen attentif du malade ne révèle rien, ni lésion du rein, ni cystite ; lorsqu'enfin rien ne justifie cette complication, il faut de toute nécessité examiner la prostate, pratiquer le toucher rectal.

On ne saurait trop le répéter : le toucher rectal est toujours trop oublié dans l'examen des prostatiques. Il semble qu'une fois le diagnostic fait, il soit inutile de répéter le toucher. Or, c'est là une erreur, bien plus, une faute grave dont les conséquences peuvent être fatales. Si par les quelques observations que nous rapportons, nous arrivions à donner l'éveil à quelques-uns, nous aurions fait œuvre utile.

Malheureusement, on le néglige le plus souvent. Seul, le médecin habitué à la pratique des voies urinaires y recourt d'une façon courante. Souvent on supprime cette partie de l'examen, se contentant pour établir le diagnostic des autres troubles fonctionnels et des signes vésicaux. On ne saurait trop insister sur ces faits, et tout diagnostic fait sans le secours du toucher rectal doit être regardé comme insuffisant et tenu pour douteux.

Rappelons en quelques lignes comment doit être pratiqué ce mode d'examen.

Il est bon auparavant de vider l'intestin. On peut ainsi apprécier plus commodément les caractères de la prostate.

Par contre, ainsi que le conseille Guelliot, il vaut mieux ne pas évacuer la vessie. Lorsque le malade n'a pas uriné depuis un certain temps, la vessie distendue offre au doigt un plan plus résistant.

L'attitude prise par le malade n'est pas indifférente.

En général, le malade doit être placé dans le décubitus dorsal, les cuisses légèrement fléchies, bien écartées ; il est bon, ainsi que le fait M. le professeur Guyon, de glisser un coussin sous le siège. Cette position recommandée par Guelliot (1), pour l'examen des vésicules permet une bonne exploration de toute la paroi rectale antérieure.

Certains auteurs ont préconisé la position genue pectorale ou le décubitus latéral. Dans certains cas il y a en effet avantage à procéder ainsi. Cela est surtout vrai lorsqu'il s'agit d'explorer la prostate de malades obèses.

Le chirurgien ordinairement se place du côté droit et se sert de la main droite. Le doigt introduit sera soigneusement enduit d'huile ou de vaseline ; il est bien évident que l'on prendra les précautions aseptiques nécessaires à tout toucher, et afin de ne point blesser la muqueuse rectale et éviter de créer des portes d'entrée aux germes qui normalement s'y trouvent, les ongles devront être coupés courts et taillés mousses. Ce conseil avait déjà été donné dans l'antiquité par Celse : « Medicus diligenter, unguibus circumcisis, sinistrae manus duos digitos, indicem et

(1) Thèse Paris 1883.

medium, leniter unctos oleo, in anum dimittit, dextroque digitos super medium abdomen leniter imponit ».

Ces différentes précautions étant prises, l'index en extension, la pulpe en avant, pénètre doucement dans l'anus et s'engage dans l'ampoule aussi loin que possible, et reconnaît les limites de la glande, apprécie sa consistance, sa sensibilité, ses dimensions.

Au cas d'abcès prostatique, les dimensions de la glande sont généralement difficiles à apprécier complètement ; au lieu de cette sensation de résistance ou de dureté particulière que donne la prostate hypertrophiée, on sent sous les doigts que la glande se laisse déprimer, refouler. Il est parfois possible d'éprouver une sensation voisine de la fluctuation. Un caractère remarquable de ces abcès est leur indolence. La pression en différents sens ne provoque aucune douleur. En exprimant la glande il n'est pas rare de déterminer une sorte d'évacuation de l'abcès et la pression fait sourdre par l'urètre une certaine quantité de pus.

La marche de ces abcès est essentiellement lente et c'est ainsi qu'ils justifient vraiment les noms d'abcès chroniques ou latents.

L'abcès évolue progressivement. La collection purulente qui résulte de la confluence de foyers intrapa-

renchymateux plus ou moins nombreux ne se forme que peu à peu et reste sans déterminer de réaction apparente, un temps assez long. Ce n'est généralement que lorsque l'abcès est assez volumineux, qu'il entraîne une crise de rétention ou qu'apparaissent des phénomènes infectieux, que par un examen attentif et par le toucher rectal on le découvre.

Parfois, l'abcès s'ouvre spontanément et comme pour les abcès aigus de la prostate, l'évacuation du pus peut se faire soit du côté de l'urètre, soit vers le périnée, soit dans le rectum. A la suite de l'évacuation du pus, une amélioration réelle peut survenir dans l'état du malade, ainsi que le montre une très intéressante observation de M. Albarran où l'incision de l'abcès eut le même résultat qu'une prostatectomie.

Complications. — La présence d'un abcès chronique de la prostate n'est pas sans danger pour le prostatique.

Les complications septiques peuvent porter sur les différentes parties de l'appareil génito-urinaire.

Tantôt le pus prostatique s'écoule dans l'urètre et de là infecte le testicule ou la vessie, et par celle-ci le rein; tantôt l'inflammation se propage aux vaisseaux ou aux organes voisins, par l'intermédiaire du tissu cellulaire périprostatique.

L'orchite est fréquente et s'explique par le cathétérisme répété auquel est soumis le malade. Cependant l'orchite peut se produire en dehors de toute manœuvre sur le canal. Différentes théories ont été émises pour expliquer sa pathogénie. Le plus souvent il s'agit d'une simple infection par contiguïté. Les produits morbides, répandus dans l'urètre, pénètrent de proche en proche jusque dans le déférent et l'épididyme. La théorie métastatique, généralement admise autrefois, n'a plus guère de crédit aujourd'hui. Il en est de même de l'inflammation réflexe défendue par Pilven.

L'abcès en s'évacuant dans l'urètre peut déterminer une *cystite*. Il faut attacher plus d'importance au rôle de la prostatite, dans l'apparition de la cystite chez le prostatique. Faute d'en méconnaître l'origine, cette cystite se montre rebelle au traitement, alors qu'il serait facile au début soit de l'éviter, soit de l'enrayer dans son évolution en songeant aux lésions prostatiques.

La cystite peut se produire d'une façon indirecte, par le seul fait de l'augmentation des troubles urinaires. La prostate augmentée de volume, rend la rétention vésicale et par suite la congestion et l'infection vésicales plus aisées. Les chances d'infection sont notablement augmentées. Un cathétérisme septique ne

tardera pas à déterminer l'éclosion des accidents ; l'infection du rein, la *néphrite* ou la *pyonéphrite*, sont également une conséquence possible de l'abcès prostatique.

Indépendamment de ces complications, on peut voir survenir des phénomènes indiquant la participation des tissus voisins. A l'abcès prostatique peut succéder la *phlébite périprostatique*, caractérisée par des phénomènes généraux graves, par la présence de cordons solides et douloureux au niveau de la prostate et le *phlegmon périprostatique*, qui se distingue sur tout l'emplacement des tissus, par la difficulté, voire l'impossibilité de fixer les contours de la glande. Il peut s'ouvrir une route en différents points et laisse généralement à sa suite des fistules uréthropérinéales persistantes.

Traitement. — En présence d'abcès prostatique chez un prostatique, il va de soi que l'incision s'impose. Nous n'avons pas ici à répéter les règles de l'incision de ces abcès, qui sont celles des collections aiguës de la prostate.

La voie périnéale est évidemment préférable. Elle permet un drainage régulier, une évacuation plus complète. C'est à elle qu'on aura recours en la majorité des cas.

Dans certains cas à prédominance de l'abcès du côté du rectum, lorsqu'il vient en quelque sorte bomber sous le doigt contre la paroi rectale antérieure, l'incision rectale peut être préconisée.

Quant à l'incision, ou mieux l'évacuation urétrale provoquée, c'est un mauvais procédé auquel il ne faut pas songer.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Inérite)

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé
M. Albarran

Vieillard de 80 ans, vu en province, le 2 novembre 1897.

Vieux prostatique avec accidents fébriles ;

Sondages un peu plus difficiles que d'habitude, infecté depuis longtemps et avec forte rétention incomplète qui tend à devenir complète.

M. Albarran, appelé auprès de ce malade, constate l'existence d'un abcès volumineux et indolent de la prostate.

Incision périnéale.

Le malade guérit mais conserve une fistule donnant passage, de temps en temps, à une petite quantité d'urine.

Revu à Paris en 1899 : le malade allait bien, mais avait *encore un petit abcès* périnéal.

OBSERVATION II.

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé

M. Albarran

Vers le 20 septembre 1900, M. Albarran fut appelé en consultation à M... par trois médecins des plus distingués.

Il s'agissait d'un homme de 57 ans, très grand, très gros, pesant 150 kilogs.

Autrefois chaude-pisse.

Depuis trois semaines, gêne dans la miction, pesanteur légère dans le périnée. — Sondage : on trouve la vessie vide.

Deux jours après rétention complète ; cathétérisme avec une béquille. — Température entre 39° et 40°. Urines un peu louches. — Lavages au nitrate.

Bien que les urines fussent presque claires, la fièvre continuait.

M. Albarran vit le malade à 5 heures 1/2 du matin avec 39° et fut frappé de ce que les urines du vase étaient limpides et ne contenaient qu'un peu de mucus.

Reins normaux.

Vessie en rétention incomplète contenant de l'urine claire.

Sondage facile avec une bécuille n° 16.

État général très grave : sueurs profuses, pouls petit, irrégulier, incomptable.

Prostate difficile à toucher en raison de la hauteur exagérée du périnée : on sentait une surface molle, non bombée, dépressible, sans rebords saillants : par la pression on ramenait une goutte de pus par l'urètre.

Le toucher rectal, la pression sur la prostate étaient absolument insensibles.

A 7 heures 1/2 incision prérectale ; décollement facile ; très profondément énorme abcès contenant un verre de pus fétide. — Lavage à l'eau oxygénée ; drainage.

Pas de chloroforme mais simple injection de 1 gr. d'une solution de cocaïne au 1/100° en raison de l'état général.

Mort le soir dans l'adynamie.

OBSERVATION III.

Recueillie dans le service de M. le professeur Guyon

L..., 60 ans, entré le 19 juin 1900.

Blennorrhagie compliquée d'orchite à 49 ans.

En 1879 rétention d'urine. — Cathétérisme.

Depuis cette époque la miction a toujours été pénible.

En 1885, abcès urinaire opéré à Bichat. Quelques jours après urétrotomie interne.

En 1895, brusquement les mictions redeviennent fréquentes, l'urine est trouble, les mictions sont douloureuses, la douleur est surtout terminale. Elle est située au niveau de la vessie et irradie le long du canal de l'urètre. En dehors des mictions le malade ressent au niveau de la vessie une douleur continuelle qui s'exaspère avec la fatigue. Le malade voit un médecin qui ordonne des lavages de vessie. — Amélioration. Elle a lieu quand le malade cesse de se soigner et presque aussitôt les phénomènes reparaissent.

Le malade vient alors à l'hôpital.

Etat actuel :

Mictions fréquentes : toutes les dix minutes aussi bien le jour que la nuit, peu abondantes, douloureuses, impérieuses, difficiles.

Urines louches.

Examen. — Urètre : brides dans la région péniennne, le n° 18 passe.

Vessie : résidu 70 grammes.

Rein droit augmenté de volume.

Prostate un peu augmentée de volume, pas saillante dans le rectum.

Prostatite chronique et vésiculite gauche.

Le malade refuse de se faire opérer et quitte l'hôpital.

OBSERVATION IV.

Recueillie dans le service de M. le professeur Guyon

G..., 62 ans. Entré 26 janvier 1897.

Depuis 1885, mictions fréquentes : 7 ou 8 fois le jour, 2 ou 3 fois la nuit.

En 1893, vient à la consultation externe de Necker, se fait sonder et laver pendant 6 semaines.

En décembre 1896. Depuis les premiers jours de décembre douleur au niveau de la fosse ischio-rectale, fièvre légère.

3 janvier 1897. Vient à l'hôpital.

On sonde le malade. On trouve une prostate grosse, irrégulière.

Urines troubles.

Abcès de la fosse ischio-rectale, incision par M. Banzet. La cavité ne communique pas avec la loge prostatique. — Sort le 4 mars 1897.

Revient le 5 mars 1898, avec un abcès urineux. L'examen pratiqué par M. Albarran démontre l'existence d'une série de rétrécissements. Résidu 250 gr.

Traitement de l'abcès urineux.

23 avril. La rétention continue. Le malade entre salle Velpeau.

Examen : Urines troubles avec dépôt.

Cathét. très douloureux.

Défécation douloureuse.

Toucher rectal : prostate augmentée de volume, dure, douloureuse, bosselée.

Traitement : lavages de la vessie.

28 avril : l'abcès s'ouvre spontanément par l'urètre.

29 avril : On retire la sonde à demeure. Le malade peut uriner seul, mais ses urines sont troubles. — L'abcès continue à se vider.

Chaque soir le malade a 39° de température.

On remet la sonde à demeure le 2 mai.

Le 3 mai le malade n'a plus de fièvre.

10 mai. L'abcès prostatique continue à se vider.

15 mai. L'abcès prostatique est complètement vidé, les urines sont redevenues claires.

Il urine normalement pendant le jour, 3 ou 4 fois pendant la nuit.

Les mictions ne sont pas douloureuses.

OBSERVATION V.

Recueillie dans le service de M. le professeur Guyon.

P. . . , 81 ans.

Entré 12 décembre 1899, Salle Velpeau.

A. P. , Jamais blennorragie.

A. H. O.

Début de la maladie : il y a 10 ans.

Il y a un an, le malade alla consulter pour ses mictions fréquentes qui parurent diminuer un peu. Il y a 2 mois, nouvelle recrudescence. Depuis, urine toutes les heures. Les mictions sont devenues douloureuses depuis 3 semaines. La verge fut œdématiée, il y a 5 jours, le malade constate à la suite des mictions un peu de sang. Pas de douleurs rénales, le malade accuse des cuissos au pourtour de l'urètre.

Actuellement, sonde à demeure.

Température entre 37,4 et 36,9.

Toucher rectal. — Prostate grosse, noduleuse.

La pression fait sourdre du pus par l'urètre.

Le bas-fond vertical est empâté, douloureux.

On hésite pour l'incision périnéale.

Sonde à demeure jusqu'au 8 janvier.

A ce moment, la prostate est notablement diminuée.

On retire la sonde.

Exeat.

OBSERVATION VI.

Recueillie dans le service de M. le professeur Guyon.

B. . . , 80 ans.

Entré à l'hôpital le 10 mars 1898.

A. P. Blennorragie il y a 58 ans environ.

Première rétention d'urine 8 ans après.

Deuxième rétention d'urine 15 à 20 ans plus tard.

En 1875, 2 rétentions de 3-4 mois de durée, consécutives à des insolations.

Depuis :

Mictions fréquentes, surtout la nuit, douloureuses au début.

Jamais d'incontinence.

Jamais d'hématurie.

Jusqu'à ces derniers temps, le malade urinait toutes les 2 ou 3 heures. Depuis ce jour-là mictions difficiles, pénibles, impérieuses.

10 mars. Entre à l'hôpital.

A l'examen. — Rien à la prostate.

Canal. On a de la difficulté à passer un n° 12 qu'on laisse à demeure. Plusieurs rétrécissements dans la portion membraneuse.

On retire de la vessie 625 grammes.

29 mars. On retire la sonde, le malade urine bien tout seul.

20 mars. Élévation de température, on remet la sonde.

21 mars. On retire la sonde. Le malade urine bien mais doucement. Élévation de température. On remet la sonde.

25 mars. Il s'écoule du pus par l'urètre. On constate la présence d'un abcès de la prostate.

3 avril 98. A la sortie le malade ne se vide pas. Résidu 500 grammes. Urine un peu trouble. Pas de signes d'infection urinaire.

OBSERVATION VII.

Prostatite et vésiculite chronique; orchite (Reliquet et Guépin. Les Glandes de l'urètre, tome I, page 230).

X..., 65 ans.

Hypertrophie prostatique manifeste en 1875. Nécessité d'un cathétérisme régulier, quatre fois en vingt-quatre heures.

Pendant la période de cathétérisme, *trois orchites gauches*, terminées chacune par l'évacuation brusque de matières muqueuses chargées de pus.

En 1880, excitation vésicale, on met la sonde à demeure. La prostate symétrique et volumineuse, sensible à la pression, revient à l'état normal en quelques jours, après la sortie d'abondantes mucosités purulentes. Les urines étaient claires.

On retire la sonde, l'écoulement urétral continue. Après un cathétérisme un peu difficile, *orchite gauche*. Le cordon est gonflé, le scrotum oedématié, la douleur est violente dans le trajet inguinal. La prostate est de nouveau volumineuse et sensible, les envies d'uriner sont fréquentes. Bientôt le *cordons* et le *testicule droit* se prennent de même,

On remet la sonde à demeure.

Le septième jour, les orchites sont presque indolentes. L'écoulement qui avait disparu redevient abondant, la vessie se calme. Dans la nuit, évacuation brusque de muco-pus. Il ne reste que deux points indurés dans le tissu du scrotum, adhérents aux épидидymes et placés de chaque côté en dehors.

Au niveau de chacun de ces deux points, se fit un petit abcès, qui, ouvert, guérit rapidement sans trace de trajet fistuleux (périorchite).

Ce malade mourut plus tard d'un phlegmon de la prostate avec infection purulente.

OBSERVATION VIII.

Prostatite sénile avec excitation vésicale; orchite; grande amélioration (Reliquet et Guépin. Les glandes de l'urètre, tome I, page 213).

X. . . , 77 ans.

Depuis deux ans, difficultés croissantes pour uriner, fréquence des besoins, stagnation d'urine. Prostate énorme, congestionnée. Sonde à demeure et régime lacté absolu.

Écoulement urétral spontané après cinq jours de sonde à demeure. La prostate diminue de volume. Dix jours après le début des soins, frisson, coloration jaune des mucosités prostatiques, douleur dans le testicule gauche. En vingt-quatre heures, abondant *épanchement dans la vaginale*. La douleur s'atténue rapidement mais l'épanchement subsiste. Évacuation par ponction de 300 grammes environ de sérosité limpide.

En trois jours, la purulence des liquides prostatiques a disparu. Les urines sont claires, la prostate revenue sur elle-même.

Le malade est venu six mois après. Il reprit son régime habituel et n'a pas eu la moindre rechute

inflammatoire. Mais il ne peut uriner sans la sonde qu'il passe quatre fois par jour.

OBSERVATION IX.

(In. Th. Lozé.)

Prostatite sénile; formation de foyer infectieux prostatogénital; orchite; mort (Reliquet et Guépin. Les glandes de l'urètre, tome I, page 210).

X. . . , 84 ans.

Prostate énorme, stagnation d'urine.

Sous l'influence du traitement habituel, évacuation des mucosités prostatiques; cathétérismes réguliers, faciles; calme vésical; grande amélioration.

Un jour il se sert d'eau boriquée mal préparée pour laver l'urètre et la vessie; brusquement apparaît un gonflement douloureux et considérable de la prostate; les besoins d'uriner se rapprochent; la fièvre s'allume; il se produit une *orchite*. La mort survient par le fait de l'infection générale.

OBSERVATION X

(In. Th. Lozé)

*Prostatite sénile (2^{me} période). Foyer infectieux
prostato-génital; orchite. (D^r Guépin)*

M. G. . . , 72 ans, atteint de prostatite sénile au 2^{me} stade de l'évolution des accidents (dilatations glandulaires avec produits stagnants infectés et sclérose périglandulaire) se passe la sonde deux fois par jour, pour vider sa vessie et urine seul dans l'intervalle. Le début des accidents remonte à dix années et le cathétérisme régulier est fait depuis plus de deux ans.

On m'appelle auprès de lui le 1^{er} octobre 1894, surtout en raison des difficultés du cathétérisme. Ce malade est semi-comateux après avoir été délirant. La langue est sèche et noirâtre ; il a des râles de bronchite dans toute la poitrine ; la vessie est peu dilatée. La température atteint dans l'aisselle 39°.

La prostate est très volumineuse avec des saillies glandulaires demi-molles dont la compression chasse au méat un pus infect et sanguinolent. Elle paraît également sensible dans tous les points. Les bourses sont tuméfiées, il y a orchite double.

Sonde à demeure, lavements évacuants, suppositoires, régime lacté.

Dans la nuit, le malade retire sa sonde par où s'écoulait lorsqu'on enlevait le fausset, toutes les trois heures environ, très peu d'urine chargée, à odeur forte, à réaction alcaline. Elle est remplacée presque immédiatement.

Dans les jours qui suivirent la mise en place de la sonde à demeure, se montra un très abondant écoulement urétral, refluant en grande partie dans la vessie et coïncidant avec le dégonflement prostatique et l'amélioration de l'état général. En même temps les orchites disparaissaient graduellement.

Au bout de quelques jours (16 octobre) le malade était revenu à son état primitif ; il faut dire alors qu'étant allé faire un voyage en province, il éprouva, après un écart de régime, une grande difficulté à introduire la sonde, le domestique qui le suivait partout, habitué à cette petite opération ne fut pas plus heureux. Un confrère appelé passa une fois puis ne passa plus. Et le malade, au prix de grands efforts émettait un peu d'urine à de fréquents intervalles quand la fièvre le prit, le délire se manifesta et son domestique prit sur lui de le ramener de suite à Paris.

M. G. avait toujours, depuis des années, un abondant écoulement urétral, cet écoulement s'était arrêté lorsque débutèrent les accidents, il reprit et persista après leur guérison. La bronchite disparut en même temps que les symptômes d'infection générale et pendant un an le malade put paraître à l'abri d'une rechute. Matin et soir il passait une sonde demi-molle à béquille, évacuait sa vessie, la lavait avec une petite quantité d'eau boriquée, lavait aussi l'urètre en retirant la sonde. Bien que M. Reliquet eût conseillé jadis au malade de ne point uriner sans la sonde et que pareille recommandation lui eût été faite bien des fois pendant les années 1895 et 1896, il ne voulut jamais consentir à prendre cette précaution. Il ne quittait point le régime lacté et avait repris les conditions de vie habituelles. Mais la prostate restait volumineuse ; la compression digitale amenait au méat du muco-pus ; l'écoulement urétral restait tel.

En *novembre 1895*, nouvelle menace d'infection générale, c'est encore pour les difficultés du cathétérisme que je suis appelé. Les bourses sont encore de nouveau tuméfiées, les testicules et les cordons sensibles. La rougeur intense de la peau dans un point bien limité près de la tête de l'épididyme droit qui est très sensible peut faire craindre un abcès.

Purgation, sonde à demeure, etc. Trois jours après l'amélioration est certaine, la sonde à demeure a pu

être retirée, mais le malade n'est point autorisé à uriner seul, ce qu'il a cependant fait à quelques jours de là. Demandé encore une fois, je remplaçai la sonde à demeure : j'instituai de suite les soins réguliers indispensables, le régime, et la situation redevint peu à peu ce qu'elle était dans le courant de 1895.

Les bourses sont pendantes, les épидidymes volumineux, sans induration ni sensibilité, la prostate remplie de dilatation glandulaire.

Ces trois poussées de généralisation infectieuse, loin d'avoir démontré à M. G. la nécessité des soins de tous les instants semblèrent le décider au contraire à les négliger. Il recommença à uriner seul dans la journée tout en lavant incomplètement sa vessie matin et soir. Il renonça aux lavements, au moins à leur emploi régulier.

J'appris sa mort pendant le printemps de 1896 (avril) et son domestique vint me faire savoir que des accidents analogues à ceux qui ont été décrits plus haut s'étaient montrés brusquement cinq jours avant le décès. La sonde passait mal, il y avait de la fièvre, de la somnolence, de la constipation, du gonflement des bourses. M. G. se refusait à prendre les aliments. Le malade et son entourage qui savaient que j'allais imposer la sonde à demeure, l'évacuation de la vessie toutes les trois heures, l'injection immédiate

d'un peu d'eau boriquée après chaque évacuation, les lavements, le lait coupé à doses fractionnées, etc., ne comprenant point la nécessité de ces minuties, crurent devoir attendre et quand ils se décidèrent à consulter un confrère, il était alors impossible de combattre efficacement cette quatrième manifestation du foyer infectieux prostato-génital.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

1° Parmi les complications septiques de l'hypertrophie prostatique, il faut faire une place plus grande aux prostatites.

La prostatite est fréquente chez le prostatique, soit qu'elle existe antérieurement à l'hypertrophie et témoigne d'une infection ancienne de la glande, soit qu'elle apparaisse secondairement au cours de la maladie. Dans ce cas, elle peut être la conséquence de cathétérismes septiques, ou compliquer certaines lésions infectieuses du voisinage. Il faut également faire une part à l'infection possible de la glande par voie sanguine ou lymphatique.

2° La prostatite qui accompagne l'hypertrophie, revêt les formes habituelles des prostatites. L'infection peut se limiter aux conduits excréteurs et aux acini-glandulaires, ou gagner le tissu interstitiel. On peut ainsi observer des formes catarrhales pures et des

prostatites suppurées intraparenchymateuses, aboutissant à la formation d'abcès plus ou moins étendus.

3° Il est fréquent de voir ces abcès, dont le volume est parfois considérable, revêtir une marche absolument chronique, rester véritablement latents.

4° En clinique, ils se bornent à augmenter la gêne des mictions; l'absence de réaction les fait passer inaperçus et les symptômes qui en dépendent sont mis sur le compte de l'hypertrophie, y compris les accidents septiques qu'ils peuvent entraîner. Faute d'un examen suffisant, on passe le plus souvent à côté du mal et l'on reste désarmé devant l'aggravation subite des symptômes qu'on attribue à l'hypertrophie.

Il serait pourtant facile d'éviter cette erreur : il suffit pour cela de pratiquer le toucher rectal.

5° Nous posons en principe que c'est un devoir absolu de procéder au toucher rectal d'une façon fréquente chez tout prostatique, et à plus forte raison le toucher s'impose en présence de l'aggravation subite de la maladie.

6° Les abcès chroniques de la prostate sont susceptibles de faire apparaître tous les accidents de l'infection urinaire (infection vésicale, rénale, infection

générale, orchite, phlegmon périprostatique ou péri-vésical).

Ils peuvent parfois s'ouvrir spontanément, soit du côté de l'urètre, soit dans le rectum, soit vers le périnée.

8° Le traitement de ces abcès, purement chirurgical, est celui de toute collection purulente : incision précoce et drainage.

9° Que l'évacuation soit spontanée ou artificielle, elle peut être suivie d'une amélioration générale dans l'état du malade. La dysurie diminue, la fonction vésicale se fait mieux ; l'abcès qui a détruit plus ou moins complètement le parenchyme glandulaire, détermine, une fois ouvert, le même résultat que la prostatectomie. A cet égard une observation rapportée par M. le professeur Albarran, est particulièrement intéressante.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL

Le Président de thèse,
A. FOURNIER

Vu,
et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

Imprimerie OLLIER-HENRY, 11 et 13, rue de l'Ecole-de-Médecine.
